

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THESE

N°

479

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Huuthoï TRIEU

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris

Né le 10 mars 1908 à Haiphong (Tonkin)

Nationalité chinoise

LE TRAITEMENT

DE

L'OPIOMANIE

Président : M. L. TANON, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1936

151

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Huuthoï TRIEU

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris

Né le 10 mars 1908 à Haiphong (Tonkin)

Nationalité chinoise

LE TRAITEMENT

DE

L'OPIOMANIE

Président : M. L. TANON, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1936

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BULLIARD..... Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.
FEY..... Urologie.
GALLIARD..... Parasitologie.
GASTINEL..... Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
GAYET..... Physiologie.
GIROUD..... Histologie.
HAGUENEAU... Pathologie médicale.
HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
HAZARD..... Pharmacologie.
HUGUENIN..... Anatomie pathologique
JOANNON..... Hygiène.
JUSTIN-BESANÇON, Hydro-climatolo-
 gie thérapeutique.
LABBE (Henri). Chimie biologique.
LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL.. Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
LEMAIRE..... Pathologie expérimen-
 tale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiâ-
 trie.
MOREAU..... Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING..... Anatomie pathologique
PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
PIEDELIEVRE . Médecine légale.
PORTES..... Obstétrique.
RICHET..... Physiologie.
SANNIE..... Chimie biologique.
SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
TROISIER Pathologie expérimen-
 tale
TURPIN..... Pathologie médicale.
VIGNES..... Obstétrique.
WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
BUSQUET..... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DONZELOT Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 PASTEUR-VALLÉRY-RABOT Clinique médicale.
 SEZARY Clinique médicale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROcq Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU..... Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE..... Clinique obstétricale.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.
 RUPPE..... Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A NOS MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
DES HOPITAUX DE PARIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR D'HYGIÈNE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DIRECTEUR DE L'INSTITUT D'HYGIÈNE DE PARIS

CONSEILLER TECHNIQUE DU MINISTRE

DE LA SANTÉ PUBLIQUE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Notre respectueuse reconnaissance.

AVANT-PROPOS

De tout temps et en tout lieu, il semble que l'homme cherche instinctivement à retirer des plantes certaines substances et à les utiliser soit pour leur arôme, soit pour leurs propriétés stimulantes ou narcotiques en les faisant entrer ainsi dans l'usage courant.

Qui de nous actuellement peut dire n'être pas plus ou moins toxicomane ? Depuis d'inoffensives cigarettes jusqu'à une innocente tasse de thé ou de café, ne sont-elles pas là nos habitudes quotidiennes les plus répandues ? Certes les conséquences en sont si peu appréciables qu'il n'y a pas lieu d'y prêter attention et l'on croit surtout y puiser un peu d'agrément et de stimulation.

Si vénielles que soient ces pratiques, une certaine gêne se manifeste dès qu'on est appelé à s'en débarrasser (l'usage du tabac par exemple). C'est l'habitude qui crée le besoin.

Par contre, d'autres substances sont capables de procurer des sensations plus fortes, mais aussi pour maintenir l'état d'euphorie ou d'excitation en éprouve-

t-on par la suite un besoin continu. Dans cette catégorie de substances dites stupéfiantes, en plus du facteur « habitude », existe un autre élément important du fait d'un nouvel équilibre artificiel créé par l'abus de ces substances toxiques. Survient-il une privation ? le toxicomane en éprouve aussitôt un besoin impérieux aussi pénible que la faim ou la soif : c'est un individu dont l'état s'adapte à des conditions nouvelles et qui ne peut avoir de bien-être qu'avec le secours de ces stupéfiants. L'obsession du besoin, l'augmentation progressive de la dose, ce sont là autant de facteurs qui ne tardent pas à troubler profondément et l'état moral et l'état physique du sujet. Dès lors, avili, assujetti, l'homme n'est plus que l'esclave de ses drogues.

Au point de vue social, il existe trois grands poisons :

1^o Opium (*Papaver somniferum*).

2^o Feuilles de Coca (*Erythroxylon coca*).

3^o Chanvre indien (*Cannabis indica*).

Sans nul doute, l'opium occupe la première place pour l'étendue de ses méfaits. En effet, existe-t-il un poison à action aussi sournoise, avilissante, à marche insidieuse mais sûre de conduire à la déchéance et qui fait que l'intoxiqué lui-même, bien que conscient de ses conséquences, s'y livre tout entier : le bien-être que lui procure la drogue fait qu'il préfère se passer de l'indispensable de la vie normale plutôt que de se priver de sa ration quotidienne.

L'opiomanie est un fléau social. Ce fléau s'est précisément montré dans toute son ampleur dans un grand pays au cours du siècle dernier : la Chine est le pays le plus atteint par cet empoisonnement collectif favorisé par un concours de circonstances.

Aussi est-ce avec soulagement qu'on y constate que le nombre de fumeurs d'opium est en regression rapide par suite des efforts louables de la *Lutte contre l'opium* tant nationale (qui a toujours existé) qu'internationale, plus récente, dont le mérite revient à l'Institution de Genève (S.D.N.) qui constitue ainsi un soutien moral appréciable.

Avec les progrès, l'habitude de fumer l'opium tend à être substituée par celle de l'injection de ses alcaloïdes ou de ses dérivés (morphinomanie, héroïnomanie, etc.). Ce dernier mode de l'opiomanie est loin d'être l'apanage de la Chine, il est pratiqué dans tous les coins du monde.

Il paraîtrait donc intéressant d'examiner les différents modes de traitements préconisés jusqu'à ce jour et de voir ce qu'on peut faire pour venir en aide à ces infortunés opiomanes.

Il y a lieu de croire que si les opiomanes se trouvaient dans des conditions favorables pour s'adonner à leur vice, ils s'y laisseraient volontiers et ne chercheraient nullement à s'en délivrer. Le plus souvent, ce sont des conditions économiques qui les obligent à se faire traiter.

Pour enrayer ce mal, il importe donc surtout d'envisager des mesures radicales pour limiter ces substances stupéfiantes à leurs seules fins médicales, c'est ce que propose la tâche de la Société des Nations. Cependant au cours de ses nombreuses conférences, elle s'est heurtée à des questions d'ordre d'économie politique. Il faut donc que la bonne volonté de chaque pays donne une garantie suffisante et que l'esprit humanitaire soit placé au-dessus de toute spéculation.

HISTORIQUE

Certains vestiges laissent croire que l'usage du pavot remonterait à l'époque de Tiglath-Pileser (ix^e siècle avant J.-C.), un bas-relief assyrien représentant le roi avec un lotus bleu et un bouquet de pavot à la main ; ailleurs près d'une personne couchée, un prêtre tenant un bouquet de têtes de pavot : cette scène indiquerait que la propriété hypnotique du pavot aurait été déjà connue des Assyriens.

Homère parlant des plantes, comparait la tête du pavot penchée, sous le poids de son suc, à l'attitude d'un guerrier agonisant.

Hippocrate attribuait au pavot blanc son effet constipant et sa propriété thérapeutique des affections utérines ; au suc du pavot, son pouvoir narcotique. Plus tard, Dioscoride donnait la description de la méthode de récolte du pavot et nommait Méconium le suc provenant de la trituration de la plante du pavot ; opium, le suc obtenu par scarification de la capsule.

Dès le x^e siècle, les Arabes utilisaient couramment

le méconium. Ce n'est qu'avec Paracelse, médecin suisse du ^{xvi}^e siècle, que l'opium figurait parmi les médicaments. A cette époque, l'opiophagie, était déjà très répandue en Orient.

Voici ce qu'a écrit Logre :

« Les Arabes privés d'alcool par Mahomet, furent les premiers buveurs, mangeurs et fumeurs d'opium. A la propagande religieuse par l'épée, ils joignaient le zèle toxicomanique. La drogue en son expansion rapide à travers le monde, de la Chine en Espagne, suivit la marche triomphale de l'Islam ».

En 1613, la première factorerie d'opium fut établie par la Compagnie des Indes à Sural, Côte Est des Indes britanniques. Un peu plus tard, la façon de fumer l'opium fut décrite par Kaempfer lors de son voyage aux Indes néerlandaises : une mixture composée d'opium et de tabac est fumée dans un tube de bambou. Il semble que l'extension de l'habitude de fumer l'opium coïncide avec celle de l'usage du tabac.

En Chine, les premières indications de l'opium ne remonteraient guère au delà du ^{viii}^e siècle avant J.-C. Su Tong Po, poète contemporain, a désigné dans un poème une décoction de pavot « un breuvage digne de Dieu ». Il y était cultivé surtout dans un but ornemental et non pas en céréales comme au temps d'Hésiode dans le Péloponnèse dont une ville s'appelait Mécone, ville de pavots.

Marco-Polo (1254-1323) qui a poussé son voyage à travers l'Asie jusqu'en Chine, n'a pas mentionné l'opium dans ses récits. Cependant la vertu médicinale de l'opium y était déjà connue.

L'usage de l'opium fut introduit en Chine lors de la venue des marchands mahométans vers le ^{xvi}^e siècle. Le nom chinois de l'opium « Yapien » dérive du nom arabe « Afium ». L'habitude de le fumer en Chine date seulement du ^{xviii}^e siècle ; elle fut importée de Formose qui elle-même l'eut importée de Java.

L'opiomanie est donc d'acquisition récente en Chine. A cette époque, de rares cas d'opiomanie se présentaient et déjà un édit impérial (1729) en interdisait l'usage.

C'est surtout depuis que Canton est ouvert aux étrangers que l'opiomanie a pris en Chine des proportions impressionnantes :

En 1762	200 caisses d'opium de 62 kg. 5 importées	
		à Canton.
En 1767	1.000	—
En 1800	3.947	—
En 1831	11.726	—

En 1838, un placet présenté au trône disait notamment : « L'empire n'a jamais couru pareil danger depuis qu'il a existé. L'opiomanie est pire qu'un déluge universel, qu'une invasion de bêtes féroces ».

Lin Tseh Su, délégué impérial à Canton, déclarait

que si l'importation d'opium n'était pas prohibée « avant dix ans, on ne trouverait plus un homme apte à faire un soldat ». En fin mai 1839, il fit détruire 20.000 caisses d'opium trouvées sur des navires étrangers. D'autre part, un édit impérial ordonna de « cesser tout commerce avec les barbares anglais ». C'est alors qu'eut lieu « la guerre de l'opium », guerre déclarée à la Chine par l'Angleterre pour obtenir, selon Lord Russel « Réparation des outrages et sévices soufferts par le superintendant et les sujets de Sa Majesté ». Cette guerre se terminait en 1843, le 26 août, par le traité de Nankin. Résultat : 1850-1851, 52.040 caisses d'opium furent importées en Chine et en 1855-1856, 70.606 caisses !! Cette guerre n'avait pas encore obtenu de résultats satisfaisants, une seconde guerre était jugée nécessaire. C'est ainsi que s'explique la diffusion formidable de l'opiomanie en Chine. Tristes faits, tache indélébile de l'histoire.

L'opinion générale est de croire que le Chinois est prédisposé à l'opiomanie ; on s'est également demandé pourquoi le Japonais aussi pur Asiatique qu'un Chinois échappe-t-il à l'opiomanie ? Une enquête a été faite pour établir les conditions sociales et morales qui font du Chinois un fumeur. La Commission d'enquête a conclu :

« Il semble que l'explication la plus plausible se trouve dans le fait que la condition sociale du Chinois

moyen est misérable ; celui-ci, sans vie intellectuelle, cherche un dérivatif à son déséquilibre. Peut-être trouve-t-on là l'explication de la répugnance du Japonais qui, au contraire du Chinois, est un actif et un intellectuel »?

La plupart des étrangers adonnés à l'opiomanie ne semblent pas être dénués complètement de vie intellectuelle, ni être de la dernière condition sociale : parmi ceux qui ont vécu en Extrême-Orient, c'est le plus souvent chez les officiers, les fonctionnaires et les gens de lettre que se recrutent les adeptes de cette toxicomanie. Ces derniers surtout se présentent comme une proie particulièrement facile de l'opiomanie :

Quincey, Coleridge S.T., (Anglais) ; Baudelaire (Français) ; E. Poë (Américain), pour ne citer que des cas célèbres.

La cause de l'opiomanie en Chine résidait simplement dans la trop grande facilité avec laquelle on s'y procurait cette drogue. L'histoire du conflit sino-anglais éclaircit nettement ce point. Le Japon était trop éloigné pour le mode de navigation d'alors ; le port de Canton était trop commode et suffisant pour assurer des débouchés à ces marins.

Tout autre peuple placé dans les mêmes conditions que le peuple chinois, en aurait subi les mêmes conséquences.

En Europe ou en Amérique, les morphinomanes se

recrutent dans la classe aisée et intellectuelle ou dans certaines professions. D'après le Docteur Kurt Pohlisch, sur cent médecins, se trouve au moins un morphomane ; cela revient encore à la facilité de se procurer la drogue.

Pour un empoisonnement collectif, tel qu'il s'est produit en Chine, il n'y a pas lieu de parler de la prédisposition.

Ce n'est qu'individuellement parlant qu'on peut faire intervenir certains facteurs favorisants : déception sentimentale, snobisme, prosélytisme. Les psychiatres rangent les toxicomanes parmi les émotifs, imaginatifs, contemplatifs. Il existe aussi une catégorie d'adeptes occasionnels : ce sont des sujets devenus morphinomanes à la suite d'une maladie douloureuse ; l'administration de la morphine dans un but médical, a produit chez eux l'accoutumance.

OPIUM

Le pavot somnifère (*Papaver somniferum*), plante annuelle, haute d'un mètre environ, possède des feuilles vert bleuâtres, larges, dentelées et des fleurs à quatre pétales blanches, ou rouges. Au milieu de la corolle est situé l'ovaire dont le sommet porte un stigmate en disque rayonné, de nombreuses étamines se disposent tout autour. Après la chute des pétales, le fruit se développe et devient une capsule globuleuse surmontée d'un disque rayonné (*Capsulae papaveris* ou *Poppy heads*). C'est de cette capsule qu'on retire un suc laiteux par scarification ; ce latex coagulé et noirci spontanément à l'air constitue l'opium brut.

L'ensemencement se fait en septembre et la récolte a lieu en février, l'année suivante.

Pour être fumé, l'opium doit subir toute une série de préparations : dissolution, ébullition, fermentation et grillage. Le produit ainsi obtenu est le chandoo : liquide sirupeux et brunâtre. Sa teneur en morphine est variable suivant sa provenance (4 à 17 %). Le dross

est le résidu du chandoo fumé ; il est composé de cendres et d'opium non brûlé.

Dans le latex, outre des substances telles que eau (15 %), albumines, résines, sucres, sels et matières colorantes, sont contenus, à l'état de base libre, des alcaloïdes dont les constituants essentiels peuvent être divisés en trois groupes :

Phénanthrène. — Morphine, pseudomorphine, codéine, néopine, thébaïne, porphyroxine.

Isoquinoline. — Papavérine, xanthaline, laudanine, narcotine, oxynarcotine, gnoscopine, hydrocotarnine, narcéine, codanine, méconidine.

Protopine. — Protopine, cryptopine.

Au point de vue de leur toxicité ils se placent dans l'ordre suivant : thébaïne, codéine, papavérine, narcéine, morphine, narcotine.

Le principal alcaloïde de l'opium est la morphine, sa teneur varie selon son origine (de 4 à 17 %). L'opium de Smyrne est la sorte officinale (10 %). On obtient la morphine par évaporation du filtrat d'une infusion de l'opium et par sa précipitation au moyen d'un alcali. Ses sels les plus employés sont le chlorhydrate et le sulfate de morphine dont la teneur est d'environ 75 %. Il existe de nombreux dérivés de la morphine :

Méconate (état de la morphine : sulfate ou méconate) après fermentation, on l'appelle actuellement chandoo (G. Martin).

Diacétylmorphine ou héroïne.

Benzoylmorphine ou acgonine.

Méthylmorphine ou codéine.

Ethylmorphine ou dionine.

Dihydromorphine ou dilaudide.

Dihydrocodéinone ou dicodide.

Dihydroxycodéinone ou eucodal.

Acétyldihydrodeméthylthébaïne ou acédicone.

Tous ces dérivés ont les mêmes effets et par conséquent, le même danger toxicomanique que la morphine. Entre autres, l'héroïne présente la particularité d'être prise indifféremment par voie nasale ou sous-cutanée ; douée d'une action deux fois plus intense que la morphine, elle provoque l'accoutumance avec plus de rapidité et de tenacité.

Les besoins mondiaux en stupéfiants pour leurs fins médicales oscillent autour des chiffres suivants (en tonnes) :

Opium médicinal		6 t. d'opium
Morphine	 9 t. =	90 t. —
Héroïne	 1 t. =	10 t. —
Codéine	 11 t. =	110 t. —
		216 t. —

Voici maintenant quelques chiffres fournis par le trucheman du Comité central de Genève sur la production mondiale :

1926	1.371 t. d'opium brut
1927	1.085 t. d'opium brut
1928	1.477 t. d'opium brut
1928	43 t. de morphine
1929	55 t. de morphine
1930	34 t. de morphine
1928	8 t. d'héroïne
1929	3,5 t. d'héroïne
1930	4 t. d'héroïne.

L'écart est manifeste entre la production et le besoin médical. Ces chiffres sont d'autant plus éloquents qu'ils ont été donnés seulement sur des productions ou des fabrications des pays voulant communiquer leur statistique officielle.

Le pavot somnifère se cultive surtout en Asie et aussi en Europe. Les principaux pays producteurs sont la Turquie, la Perse, l'Inde, la Chine, le Japon pour l'Asie ; l'U.R.S.S., la Bulgarie, la Yougoslavie et aussi la Grèce, la Hongrie pour l'Europe.

L'Europe est surtout fabricante de la morphine. Cependant ces dernières années, la culture du pavot y a accusé un certain développement. C'est ainsi qu'on a signalé l'augmentation de la production de l'opium brut en Bulgarie : de 4 tonnes en 1932 à 45 tonnes en 1933 ; à 65 tonnes en 1934.

La production en Yougoslavie n'est pas négligeable : 205 tonnes en 1928, 80 en 1929, 100 en 1930.

La culture et la fabrication en U.R.S.S., suivent une ascension en rapport avec le plan quinquennal. Tout commerce extérieur est monopole d'Etat, le trafic illicite y est à peu près impossible. Récemment, l'attention est attirée vers la Hongrie où un nouveau procédé est employé pour la fabrique « Alcaloïda ». Cette nouvelle méthode consiste à extraire de la morphine de la paille du pavot qui, jusqu'à présent, n'était qu'un déchet du produit agricole. Depuis septembre 1929, date de la Conférence pour la limitation de la fabrication des stupéfiants, 16 nouvelles fabriques furent créées en Europe, dont Bulgarie 6, Belgique 2, Tchécoslovaquie 2, Espagne 1, Hongrie 1, Norvège 1, Pologne 1, Suède 1, Yougoslavie 1.

L'Asie est grande productrice d'opium.

En Asie-Mineure, le Centre et le Sud de la péninsule sont des localités importantes de culture du pavot ; le commerce et l'exploitation se font à Smyrne et Constantinople. Sa production est élevée ; celle de 1924, par exemple, était de 500 tonnes.

La Perse ou l'Iran possède une grande superficie de culture qui s'étend surtout dans les provinces centrales, à l'Est du Tigre inférieur. Sa production en 1928-1929 par exemple est de 600 tonnes environ.

L'Inde. — La culture se pratique surtout sur les

plaines du Bengale, à Benarès, à Behar ; la factorerie principale se trouve à Ghazipour. Sa production est considérable et son exportation importante :

1926 556 t. d'opium exportées

1927 505 t. d'opium exportées

1928 460 t. d'opium exportées

On peut également mentionner l'Indochine dont le haut Laos et le haut Tonkin sont des localités de culture.

Le Japon et ses territoires se rangent parmi les pays producteurs importants.

La Chine. — Comme nous l'avons vu plus haut, la culture du pavot en Chine était peu pratiquée avant le XVIII^e siècle. Ce n'est qu'à la suite du conflit sino-anglais que la culture y a pris un essor formidable. Cet état de chose s'était empiré ensuite par quelques généraux sans scrupule qui y trouvaient « une source de revenus sans pareil » suivant le rapport fait à la Conférence du 30 mai 1931 à Genève. L'estimation de sa production en 1930 serait de 12.000 tonnes. La culture du pavot était donc pratiquée dans plusieurs provinces :

Provinces de la côte : Mandchourie, Shantung, Kiang-Su, Chekiang, Fukien, Kwantung.

Provinces dites « intérieures » : Hunan, Hupeh, Kiangsi, Anhwei, Honan, Shansi, Shensi, Kansu, Szechwan, Yunan, Kweichow.

Le gouvernement national entreprend actuellement une lutte énergique contre la culture du pavot. Elle est interdite dans 11 provinces dites «intérieures». Dans d'autres provinces, la production sera réduite d'année en année, de manière à aboutir, dans six ans à la suppression totale de la culture et de l'usage de l'opium dans toute la Chine.

Voici un aperçu sur la fabrication (en kgr.) de :

	Morphine			Héroïne	
	1928	1929	1930	1929	1930
Allemagne	19.120	24.000	10.565	387	169
Etats-Unis	8.191	8.374	5.373	nul	
France	7.278	12.141	12.195	1.343	2.216
Angleterre	3.968	4.577	1.911	223	116
Japon	2.412	1.989	1.904	1.590	1.396
Suisse	2.246	4.140	1.844	68	4

OPIOMANIE

Nous avons vu plus haut les diverses causes de la toxicomanie. Mais on doit surtout insister sur le facteur principal qui est la facilité de se procurer la drogue. Malgré toutes les mesures prises pour la limitation de production et de fabrication, contre l'exportation, l'importation et la vente illicites des stupéfiants, il existe toujours et partout des entreprises puissantes et bien organisées pour la diffusion de ces poisons.

Les morphinomanes et les héroïmanes existent partout ; les fumeurs d'opium sont surtout des Chinois, Birmans, Malais, Javanais, Siamois, Philippins, Indochinois et les indigènes des Indes néerlandaises. Les opiophages se trouvent surtout en Turquie et en Asie occidentale.

Les fumeurs d'opium.—Les instruments d'un fumeur d'opium se composent d'une pipe faite de bambou dont l'une extrémité sert à aspirer, à 10 cm. environ de l'extrémité opposée et latéralement, se trouve le fourneau en terre cuite, percé seulement d'un petit

orifice, d'une lampe à l'huile et d'une aiguille de 15 cm. environ. L'opium ou plutôt le chandoo est grillé à l'extrémité de l'aiguille qui s'en charge [alternative-ment jusqu'à formation d'une boulette de volume et de consistance déterminés ; la boulette, de 0 gr. 50 environ, est ensuite mise dans le fourneau. La pipe est prête. Il ne reste plus qu'à la maintenir au-dessus de la veilleuse et à la fumer. La quantité de morphine aspirée serait de $1/35$ de celle du chandoo. En effet, la majeure partie du chandoo est aspirée dans le fourneau avant d'être complètement brûlée, ce qui fait que le résidu ou dross, encore riche de morphine et d'autres alcaloïdes, est recherché par les opiomanes pauvres. Le nombre de pipes varie de 10 à 100 par 24 heures suivant le degré d'intoxication du sujet.

Pour un novice, l'effet des premières pipes est plutôt désagréable. Il éprouve des nausées, même des vomissements, une sensation d'affadissement général. S'il continue, les pipes suivantes lui apportent le calme de ce malaise. S'il persiste encore, la « fumée divine » fait naître alors en lui une sensation de douce béatitude, de jouissance physique et animique de tout son être porté au plus haut degré de toutes les possibilités, impression, sensation, en même temps que règne une grande sérénité intérieure qui lui donne l'état d'euphorie. C'est « la lune de miel » de l'opiomane. Baudelaire a dit à ce propos :

« L'opium agrandit ce qui n'a pas de bornes,
Allonge l'illimité,
Approfondit le temps, creuse la volupté,
Et des plaisirs noirs et mornes
Remplit l'âme au delà de sa capacité ».

Dans son livre *Fumées d'opium*, Cl. Farrère a décrit notamment : « Oh ! se sentir de seconde en seconde moins charnel, moins humain, moins terrestre, guetter le libre envol de l'esprit qui s'échappe de la matière, de l'âme désentravée des lobes du cerveau ... ; unir enfin en un cœur devenu trop vaste toutes les vertus, toutes les bontés, toutes les tendresses ... ce sont là mes béatitudes ».

Une demie ou une heure après qu'on a pris l'opium, on ressent une légère excitation, un sentiment général de vivacité et de satisfaction qui est bientôt remplacé par une véritable somnolence et un état de rêvasseries plutôt que de rêves.

On éprouve un certain plaisir à s'abandonner et on se laisse envahir par une douce torpeur ; les idées deviennent les images qui se succèdent rapidement sans qu'on veuille faire d'efforts pour en changer le cours. Tant que l'intoxication n'est pas profonde, cet effort est encore possible. On sent qu'on va s'endormir mais que si l'on voulait secouer sa paresse, on pourrait triompher du sommeil.

Peu à peu, cependant, les jambes deviennent de plomb, les bras retombent inertes, les paupières apesanties ne peuvent plus rester ouvertes. On rêve, on divague et néanmoins on ne dort pas. La conscience du monde extérieur qui nous environne n'a pas disparu, mais il semble que tout nage dans un brouillard. Le moi actif, conscient et volontaire n'existe plus et on s'imagine qu'un autre individu est venu le remplacer.

Peu à peu tout devient vague, les idées se perdent dans une brume confuse. On est devenu tout immatériel, on ne sent plus son corps, on est tout pensée ; cette pensée va voltigeant pour ainsi dire, de plus en plus brillante mais aussi de plus en plus confuse. Puis le monde extérieur disparaît, il n'y a qu'un monde intérieur ; quelquefois tumultueux, délirant, provoquant une agitation fébrile ; quelquefois au contraire, et le plus souvent, calme et tranquille, s'abîmant dans un délicieux sommeil. Ce qui fait le charme de cet état, c'est qu'on se sent dormir. Aussi les heures passent-elles avec une merveilleuse rapidité. Le matin surtout, à cette heure où l'opium paraît avoir épuisé son action tandis que, en réalité, il conserve toute sa force, le sommeil a un charme incomparable. L'intelligence, dégagée de tout lien terrestre, semble régner dans un monde d'idées tranquilles et sereines. Avec moins de lyrisme mais plus de précision, ainsi a décrit Ch. Richet.

Voilà ce que les divers auteurs ont écrit pour situer

la sensation de l'effet des opiacés. Néanmoins, certaines sensations sont parfois bien difficilement exprimables. Chaque individu a sa manière de les interpréter, ainsi que la jouissance qu'il en retire. En tout cas, à cette phase de jouissance fait suite une phase de dépression pénible qui disparaît comme par enchantement après une nouvelle dose d'opium. Le sujet est alors pris dans l'engrenage et suit le cycle infernal. Le poison libérateur dont la dose va sans cesse augmentant, lui devient indispensable. Sans le poison, il n'est qu'une épave, une loque humaine. C'est la phase de l'opiomanie proprement dite. Un besoin impulsif et irrésistible apparaît dès la cessation des effets de l'opium. Plusieurs théories ont été émises sur l'état de besoin : la morphine oxydée ou dioxydimorphine qui est un excitant appelle un supplément de dose ; ou encore l'état de besoin provient de l'hyperexcitabilité due à un sommeil artificiel, etc.

L'état de besoin consiste en des troubles psychiques et physiques.

Troubles psychiques. — Un malaise spécial avec énervement, anxiété allant même jusqu'à l'angoisse. En même temps, il y a torpeur, apathie, aboulie, obtusion intellectuelle, incapacité d'activité. Il se cantonne dans l'isolement, l'abrutissement tout en étant sujet à des terreurs paniques, des hallucinations visuelles ou à la dépression mélancolique.

Troubles physiques. — Ce sont des phénomènes d'angoisse, sueurs, refroidissement des extrémités, pâleur sur un fond déjà anémique, troubles du rythme cardiaque et respiratoire, vomissements. Le sujet très émacié présente de la somnolence ou de l'insomnie, des cauchemars, de l'anorexie, de la constipation ou de la diarrhée, de la frigidité sexuelle, de l'asthénie, des troubles circulatoires, vertiges, syncopes; la déchéance physique est marquée et se traduit par une sénilité précoce. L'appoint de l'opium calme cet état de besoin mais pour avoir des sensations agréables, il faut des doses plus élevées. Tous les moyens lui sont bons pour se procurer la drogue; la ruse des toxicomanes est bien connue. Il est d'ailleurs capable de commettre un délit pour satisfaire à son besoin. A la longue, il survient des altérations au niveau des centres nerveux, du foie et du rein. Si le degré d'intoxication est profond et que la suppression de l'opium est brusque, on peut voir survenir la mort subite après syncope prolongée ou par affections intercurrentes favorisées par le fléchissement de la résistance physique.

La morphinomanie a à peu près le même tableau clinique et s'en diffère par le mode d'administration. Alors que le fumeur d'opium est sous l'emprise d'une intoxication essentiellement chronique, car la morphine et d'autres alcaloïdes absorbés sont de $1/35$

environ de la dose utilisée, le morphinomane subit une intoxication plus intense; l'effet de l'injection sous-cutanée est instantané. La dose quotidienne varie de 0 gr. 50 à 10 gr. et même 20 gr. L'empoisonnement aboutit plus rapidement à la cachexie. En outre, les morphinomanes présentent souvent des perversions instinctives : mythomanie, homosexualité. Leur peau est marquée de tatouages au niveau des parties piquées.

Signalons aussi l'intoxication possible du fœtus in-utero chez une femme enceinte (bien qu'elle soit le plus souvent stérile) ou l'enfant morphinomane par l'allaitement. Plus rarement, le nouveau-né d'une morphinomane manifeste l'état de besoin par des tendances syncopales et se trouve rapidement amélioré par une dose minime de morphine.

L'héroïnomanie présente l'aspect analogue à celui de la morphinomanie. Elle a cependant quelques particularités. D'abord l'héroïne peut s'administrer par injection sous-cutanée ou par prise; elle a une action deux fois plus intense que la morphine; son accoutumance est plus rapide et plus tenace; elle provoque l'excitation et est douée, paraît-il, des vertus aphrodisiaques. De nombreux crimes seraient commis par des priseurs d'héroïne. Sa dose varie de 1 à 3 gr. par jour. A remarquer que ce corps est peu utilisé en médecine. Il faut suivre l'exemple des Etats-Unis qui en interdisent absolument la fabrication.

Accoutumance. — La dose mortelle de l'opium 1 à 2 gr. ; celle de la morphine de 0 gr. 20 à 0 gr. 40, celle de l'héroïne de 0 gr. 10 à 0 gr. 20.

Il faut tenir compte de la susceptibilité individuelle et des tares organiques telles que les néphrites où il suffit d'une dose minime de ces poisons pour amener une mort rapide.

Normalement des doses léthales absorbées ne s'éliminent pas et se retrouvent à l'autopsie surtout dans le foie. Au contraire, à dose moindre, ces poisons s'éliminent rapidement par les voies urinaires et en 12 à 48 heures, il n'en reste plus dans l'organisme.

Par une intoxication lente et progressive, les opomanes sont arrivés à absorber leur drogue dont la quantité dépasse largement les doses léthales. Là encore le facteur constitutionnel permet aux intoxiqués soit d'arriver rapidement à des doses massives, soit de se contenter, pendant plus ou moins longtemps, des doses raisonnables. Cette tolérance de l'organisme vis-à-vis des poisons à doses anormales a incité l'émission de plusieurs hypothèses. Voici en résumé les diverses théories :

Théorie de l'élimination. — Le poison serait éliminé par voie rénale ou intestinale.

Théorie de la destruction. — La substance toxique serait détruite au fur et à mesure de son administration ou subirait une transformation chimique.

Théorie de la fixation. — Le stupéfiant serait retenu par des organes peu sensibles à son action en l'empêchant ainsi d'aller se fixer sur des organes sensibles.

Théorie leucocytaire. — Le poison provoquerait une leucocytose qui fixerait la toxine.

Théorie antitoxique par formation des antitoxines dans le sérum (Pellini et Greenfield).

Théorie de l'augmentation du pouvoir antitoxique du foie (Sherwin).

Théorie de la modification de la constitution chimique des cellules et des organes sensibles sous l'influence des poisons considérés (Biberfeld).

Dans le même sens, Lewin soutient que sous l'influence d'une intoxication répétée et prolongée, la cellule modifie sa composition. Le poison n'est non seulement pas toxique mais devient indispensable à la cellule accoutumée pour maintenir sa nouvelle constitution. On le compare à une hormone, à une vitamine ; le sevrage à un phénomène de carence.

De nombreux auteurs ont étudié les diverses modifications organiques survenues chez le sujet pendant son intoxication et au cours du sevrage :

Pendant l'intoxication.

1^o *Sur le système neuro-végétatif.* — Il se produit un effet vagotonique avec hypoalgésie centrale et myosis et un effet sympathicolitique.

2° *Sur les glandes endocrines.* — Une suractivité accompagnée d'hypertrophie surrénalienne (Horiuchi) avec au début, une hyperglycémie (Guthner) et de l'acidose (Amsler). Avec l'accoutumance l'hyperglycémie disparaît et l'acidose est remplacée par de l'alcalose (Pierce et Plant, Amsler) du fait de la mobilisation des réserves alcalines tissulaires. Carter a signalé une hypoactivité des glandes génitales.

3° *Sur le sang.* — Une diminution de l'hémoglobine, des leucocytes, des érythrocytes, des plaquettes sanguines (Oh. Jintetsu) avec augmentation légère de l'éosinophilie et de l'index colorimétrique.

Morat a signalé une légère hyperglobulie et une diminution de la résistance globulaire ; d'après Achard la résistance et l'activité des leucocytes sont diminuées. La vitesse de la sédimentation sanguine est accélérée (Stern et Piper).

4° *Sur les ferments.* — La lécithase, la phosphorase, l'uréase, la thyrosinase et catalase sont partiellement décomposées avec mise en liberté d'abord de la lécithine, ensuite de la choline et deméthylguanidine (produite par la choline). L'augmentation de ces substances serait un signe de défense qui expliquerait en partie les résultats favorables obtenus par Klee et Grossmann qui ont utilisé la choline, par Lambert et Tilney, par Dellaville et Dupouy qui ont tous employé des lipoides dans le traitement de la toxicomanie.

Modifications au cours du sevrage.

1° *Sur le système neuro-végétatif.* — Sympathicotonie avec peau chaude, pâleur, sueurs profuses, mydriase, diarrhée, tachycardie, tremblements, asthénie, anxiété et mouvements de « tricotage » des jambes. La myasthénie serait imputable, dans ce cas, à l'état anxieux des malades : Claude, Dupré, etc., ont montré que l'anxiété agit sur le système nerveux central par inhibition et plus particulièrement sur les centres de l'intelligence et de l'activité musculaire, chez les hypersympathicotoniques.

2° *Sur les glandes endocrines.* — Une diminution suivie d'une reprise de l'activité normale des glandes génitales et une hyperactivité thyroïdienne, sans modifications histologiques (Wuth). Il existerait une hyperthyroïdie pendant l'intoxication active, témoin d'une réaction organique contre la dépression morphinique (Scarborough).

3° *Sur le sang.* — D'abord une hyperglobulie et une hyperleucocytose, ensuite une polynucléose avec disparition des éosinophiles ; plus tard apparition d'une mononucléose avec éosinophilie, grands macrophages et myélocytes (Morat). Nicolau, Poincloux, Kopciowska et Balmus ont signalé récemment que la méganomononucléose est le reflet principal des intoxications au même titre que la polynucléose est celui des infections microbiennes aiguës.

TRAITEMENT

Pour avoir une idée approximative sur l'avenir des toxicomanes traités, empruntons la statistique de Schwarz :

Sur 119 morphinomanes traités en 1927, dont 97 hommes et 22 femmes :

42 % de guérisons persistantes	{	10 % guérison depuis plus de 5 ans
		26 % guérison depuis 3 à 5 ans
		50 % guérison depuis 1 à 3 ans
		14 % guérison depuis moins d'un an
35 % de rechutes		
23 % de résultats douteux.		

Ces chiffres sont assez encourageants, mais la thérapeutique en matière de toxicomanie est loin d'être chose aisée, bien que nous ayons actuellement plusieurs méthodes de désintoxication efficaces. Même une fois désintoxiqué, le toxicomane n'est réellement guéri que s'il a la volonté suffisamment établie de ne plus récidiver. Or les rechutes sont nombreuses, à plus ou moins longue échéance ; elles ne sont pas imputables à la modalité technique du traitement, mais plutôt à la

constitution physique et mentale d'une part, à des facteurs sociaux (milieu, occasions, etc.) d'autre part.

Un ancien toxicomane est encore et de beaucoup plus exposé qu'un sujet neuf.

Toutes causes favorisantes extérieures mises à part, la volonté ébranlée, la susceptibilité plus grande devant des chagrins, soucis, déception, le souvenir de la jouissance procurée, etc., sont autant de facteurs qui inclineraient l'ex-toxicomane à la récurrence.

La psychothérapie doit intervenir à chaque instant, mais elle est surtout importante à la fin pour parachever la guérison.

Les méthodes ambulatoires doivent être rejetées. Il faut pratiquer l'isolement du sujet pendant et après la cure de désintoxication par : 1^o clinique de désintoxication ; 2^o maison de réhabilitation.

En ce qui concerne la cure de désintoxication, il y a lieu de tenir compte de l'âge et de l'état général du sujet, de la durée de la toxicomanie, des rechutes antérieures, de l'étendue des lésions.

Le traitement symptomatique doit toujours être mis en œuvre pour assurer les chances de succès.

Nous allons donc passer rapidement en revue les divers procédés de désintoxication les plus connus :

méthode lente : sevrage par diminution progressive des stupéfiants ;

méthode rapide ;

méthode soudaine (avec soporifique);
méthode de substitution : méthode japonaise;
méthodes de choc :
protéines, lait, blanc d'œuf;
vaccinothérapie;
auto-hémo, auto-sérothérapie;
méthode de Modinos;
Insulinothérapie;
méthode de Delaville et Dupouy.

MÉTHODE LENTE

La méthode lente consiste en réduction graduée et progressive de la dose toxique. Cette méthode a ses avantages et ses inconvénients : elle évite des douleurs articulaires, l'angoisse et autres troubles fréquents au moment de la cure de désintoxication ; mais par sa lenteur, sa durée est d'environ un mois et demi, elle exige plus de volonté de la part du malade qu'on maintient sous l'effet du poison à supprimer. En même temps, on institue le traitement auxiliaire qui consiste en administration des soporifiques et des toniques. En Chine, il existe de nombreuses méthodes de désintoxication basées sur le même principe, mais des formules sont tenues secrètes par des spécialistes : les plus connues sont celles qui donnent du chandoo grillé, à doses progressivement décroissantes jusqu'à réduction à zéro, avec des tonicardiaques et

autres substances toniques de l'état général ; le tout sous forme de pilules ou d'élixir.

MÉTHODE RAPIDE

Analogue à la précédente ; la diminution étant seulement plus rapide.

MÉTHODE BRUTALE

La méthode brutale consiste en suppression brusque du poison et en administration des soporifiques. Par sa rapidité et son effet radical, ce procédé prévient les retours offensifs auxquels expose la méthode progressive. Cependant, elle peut déterminer des symptômes aigus que parfois les soporifiques même à dose élevée, n'arrivent pas à atténuer.

La méthode brutale ne convient donc pas aux intoxiqués avancés.

Les soporifiques les plus employés sont :

La scopolamine qu'on emploie aussi comme produit de substitution. Friedlander et Prentice la donnent à grosse dose pendant les 36 premières heures (3 mgr.). Le véronal, Ornung en donne 2 gr. par 4 fois en 24 heures avec réduction immédiate de la quantité de toxique au tiers de la dose habituelle du malade.

Le luminal, 10 cgr. par 24 heures en cas d'excitation violente (R.-V. Hosslin).

On emploie également l'allonal, la cibalgine, la dormalgine et autres barbituriques. Le pernoctone donne, paraît-il, un sommeil prolongé (70 h. environ).

Wuth utilise les antipyrétiques qui donnent, semble-t-il, de bons résultats : antipyrine, phénacétine, pyramidon. D'autres auteurs y associent des bains tièdes prolongés pour leur effet calmant.

MÉTHODES DE SUBSTITUTION

Ce procédé supprime simplement le stupéfiant et le remplace par d'autres produits ayant des mêmes affinités ou fixant sur les mêmes éléments cellulaires. Un autre procédé est d'administrer le même poison par une autre voie ; il existe un grand nombre de spécialités à teneur différente en morphine : eukodal, pantopon, eumecon, trivertine, etc. C'est en somme une méthode de sevrage progressif.

Wuth emploie l'atropine, la scopolamine ; il semble que ces alcaloïdes ne tiennent lieu des stupéfiants que dans leur action sur le système neuro-végétatif. Klee et Grossmann administrent de la choline. Nous avons vu plus haut que l'action des stupéfiants sur les ferments de l'organisme se traduit par la mise en liberté de choline, de méthylguanidine et surtout de lécithine. Dans ce mode de traitement, la choline agit-elle comme produit de substitution ou comme adjuvant de la réaction de défense ?

Le pyramidon utilisé comme substituant, donne aussi des résultats (Joël). L'nydrate de chloral et surtout des barbituriques par voie parentérale, sont donnés dans le même but.

TRAITEMENT PAR MÉTHODE JAPONAISE (D^r Suwo)

C'est également une méthode de substitution qui emploie l'antimohl à effet paralysant sur les centres nerveux et à action analogue à celle de la morphine sur le système végétatif.

Antimohl n^o 1

Extrait d'hyosciamine	1 partie
Extrait de scopolamine	2 parties
Alcaloïdes totaux de l'opium	0,0355 gr. %
Chlorhydrate de scopolamine	0,0010 gr. %
Phosphate de codéine	5,0000 gr. %

C'est une solution à saveur amère qu'on utilise en injections sous-cutanées. Il provoque une tachycardie légère, de la photophobie; il diminuerait la leucocytose et les sécrétions glandulaires; ralentit les fonctions gastro-intestinales mais ne modifie pas la respiration.

Antimohl n^o 2

Liqueur de Fowler	0 gr. 015
Chlorure de Ca	1 gr.
Iodure de Ca	0 gr. 30
Solution de Ringer	100 gr.

Cette solution incolore administrée par voie intra-veineuse, donne une chaleur généralisée. Ci-dessous un exemple de traitement chez un toxicomane léger :

	Morphine	Antim. n° 1	Antim. n° 2
1 ^{er} jour	0 gr. 10	0 gr.	40 gr.
2 ^e —	0 gr. 05	0 gr. 5	40 gr.
3 ^e —	0 gr. 025	0 gr. 5	40 gr.
4 ^e —	0 gr. 010	0 gr. 5	40 gr.
5 ^e —	0 gr.	1 gr. 5	20 gr.
6 ^e —	0 gr.	0 gr. 5	20 gr.

C'est en somme une modification de la méthode de sevrage rapide avec emploi des soporifiques. Pour déterminer la dose de morphine à administrer au malade, le Docteur Suwo diminue graduellement le stupéfiant jusqu'à apparition de troubles.

Contre-indications : cardiaques, tuberculeux, vieillards, femmes gravides, ulcéreux gastriques.

D'après des statistiques communiquées, il paraît que cette méthode donne de bons résultats.

MÉTHODES DE CHOC

Tour à tour, le lait, le blanc d'œuf et les diverses protéines ont été utilisés comme traitement de choc dans la désintoxication. C'est ainsi que la méthode de Frainik qui utilise les antigènes microbiens peut être considérée comme un traitement par choc, bien que l'auteur en ait une conception différente. En effet, pour lui, la toxicomanie serait conditionnée par l'équilibre instable entre deux facteurs d'intoxication différents : 1° une intoxication exogène due aux stu-

péfiants qui entraîne une neurotonie vagale et altère les éléments de la défense, etc. ; 2^o une intoxication endogène, réflexe de la première, qui serait imputable aux produits chimiques et microbiens élaborés. En outre, Frainik a observé que, sous l'effet d'une infection banale, un toxicomane peut réduire ses besoins vis-à-vis du stupéfiant sans que la volonté de son médecin ait à intervenir. En réalisant expérimentalement un état semblable à celui d'une infection passagère (sous l'effet d'antigènes banaux) il a réussi à placer le malade en conditions comparables. Dans ce but, il a administré à ses malades des antigènes microbiens banaux, provenant de souches d'entérocoques, de colibacilles, de diplocoques, de staphylocoques en association polymicrobienne, sans spécificité de germe et il a constaté que les effets de l'intoxication endogène diminuaient. A cette réaction vaccinale, il a associé une médication visant sur le blocage des réactions endocrino-végétatives et a réalisé la désaccoutumance dans un délai très court (de 3 à 10 jours), tout en supprimant d'emblée le stupéfiant habituel ; en règle générale, les accidents de sevrage sont nuls. Voici comment on procède :

Suppression totale du stupéfiant dès le début de la cure ; injections sous-cutanées, matin et soir, de 0,5 cc. de solution de produits microbiens banaux pendant 5 jours ; le 1^{er} jour 3 injections sous-cutanées

de 1 / 2 mgr. de sulfate d'atropine (matin, midi et soir) et les quatre jours suivants l'atropine est remplacée par le chlorhydrate d'acétylcholine à la dose de 0 gr. 30 par jour ; pendant ces cinq jours, le malade devra prendre quotidiennement, *per os*, une ampoule de produits microbiens, en prises fractionnées. L'on cesse les injections de produits microbiens et, du 6^e au 10^e jour, on continue uniquement les injections de chlorhydrate d'acétylcholine et les produits microbiens, *per os*. Généralement les 24 premières heures se passent dans la somnolence ; le lendemain, une légère agitation, une courbature générale avec température (37°5, 38°5) ; si insomnie et agitation, on peut administrer de la valériane. On peut instituer, les 10 jours suivants, un traitement général tonique et de l'insuline à petites doses. Au début, on conditionne la diététique vis-à-vis de la réaction vaccinale (lait, bouillon de légumes, tisanes, eaux minérales pendant le premier jour ; ensuite l'alimentation se rapproche de la normale vers le 5^e jour). Cette méthode donne, semble-t-il, de bons résultats.

L'auto-hémo et l'auto-sérothérapie ont été également préconisées dans la désintoxication. C'est dans ce sens que le Docteur Modinos, médecin de l'hôpital à Alexandrie, a proposé sa méthode.

MÉTHODE DE MODINOS

C'est une auto-sérothérapie déguisée. Après examen des urines, on fait l'application d'un vésicatoire à la cantharide de 8 cc. sur une région quelconque (cuisse, fesse, etc.) 12 à 14 heures après, il se produit une phlyctène contenant 5 à 10 cc. de sérum. Le liquide retiré par ponction est injecté immédiatement après par voie sous-cutanée. Si l'aseptie était minutieuse, on n'observerait pas de réaction locale. La drogue est réduite au 1/4 de sa dose habituelle dès le 1^{er} jour ; au 1/6 le 2^e ; au 1/8 le 3^e jour.

Le liquide retiré des phlyctènes est louchâtre, contenant de 30.000 à 60.000 leucocytes par cc. On peut faire deux ou trois injections à 2 ou 3 jours d'intervalle. Généralement, dès la deuxième injection, le malade cesse de réclamer sa drogue.

On réduit très rapidement le poison à néant. On ne donne de la morphine au malade que s'il la réclame. En ce qui concerne les fumeurs d'opium, on se base sur la dose habituelle pour calculer la quantité correspondante en morphine.

La durée de la cure de désintoxication est de 10 à 15 jours environ.

Contre-indications : cardiopathes et rénaux.

D'après les observations, les résultats sont excellents.

INSULINOTHÉRAPIE

Expérimentalement le lapin est plus résistant à la morphine après une injection d'insuline qui diminue son excitabilité, ses troubles gastriques et insomnie. Dans la cure de désintoxication, Braun (Zurich) a constaté que la période de dépression est moins marquée avec des injections d'insuline (100 unités par jour). Les fumeurs d'opium voient, au cours du sevrage, leur appétit conservé par cette méthode (Ongkienong). Anton et Jacob injectent 10 unités d'insuline avec 50 gr. de dextrose, trois fois par jour.

Depuis 1930, Sakel traitait la morphinomanie par des injections d'insuline à la dose de 30 à 120 unités par jour en trois injections à jeun. Pour lui l'état de besoin du morphinomane résulte d'une hypersensibilité progressive des cellules nerveuses végétatives aux substances sympathicomimétiques. L'insuline qui est une substance vagotonique, aurait une action de diminuer — on ne sait pas exactement de quelle manière — cette hypersensibilité végétative. Tout se passe comme si l'insuline se substituait à la morphine dans l'intimité même du tissu nerveux ; ce serait une sorte de défixation du corps toxique de la cellule, par un autre ayant les mêmes affinités cellulaires. Cette méthode provoque des chocs hypoglycémiques. Dans l'heure qui suit l'injection, pâleur, sécrétion sudorale visqueuse, tachycardie, agitation, puis som-

nolence croissante, coma. Parfois apparition de crises convulsives épileptiformes qui peuvent nécessiter l'interruption du choc. Ensuite disparition successive de l'excitabilité, de la sensibilité, des réflexes tendineux avec relâchement musculaire complet ; bradypnée, bradycardie. C'est alors qu'on donne, par sonde œsophagienne ou par injection, une solution glucosée au malade. En cas d'alarme, l'injection intra-veineuse glucosée avec ou sans adrénaline peut s'imposer. Le glucose fait cesser rapidement le coma et rétablit successivement les fonctions inhibées. Le malade au réveil se plaint de sensations de froid et de faim, parle avec volubilité et lucidité. Les chocs de ce genre sont répétés pendant plusieurs jours. Il paraît que cette méthode donne de bons résultats, cependant il faut prendre des précautions toutes particulières que nécessite un traitement aussi délicat.

L'EMPLOI DES ÉMULSIONS DE LIPIDES VÉGÉTAUX

En Amérique, on utilise déjà depuis un certain temps dans le traitement de la morphinomanie, un produit appelé Narkosan, à base de protéines non spécifiques, de lipoides et de vitamines hydro-solubles. La formule de ce produit est tenue secrète.

Depuis les travaux d'Overton, on sait que les alcaloïdes agissent sur le système nerveux grâce à leur liposolubilité. On admet ainsi que les poisons lipo-

solubles se fixant sur la cellule nerveuse en se substituant à la choline, peuvent être déplacés à leur tour par une substance encore plus élective qu'eux, et non toxique.

MÉTHODE DE DELAVILLE ET DUPOUY

MM. Maurice Delaville et Roger Dupouy ont envisagé le problème en se basant sur des données physiologiques et ont constaté que les morphinomanes tiraient un bénéfice certain, au cours des désintoxications, des injections huileuses. Ils ont eu l'idée d'employer un mélange de lipides (huile d'olives ricinée et lécithinée) mis en émulsion dans du sérum physiologique. Sous cette forme, la diffusion des lipides est extrêmement rapide et l'injection est pratiquement indolore.

La cure peut être menée rapidement sans aucun danger, la durée moyenne est de cinq jours ; chez les petits intoxiqués, la guérison a même été obtenue en trois jours. Le stupéfiant est supprimé totalement d'emblée. Le nombre de malades actuellement traités par ce procédé, en ne comptant que ceux restés à l'hôpital Henri Roussel, dépasse 350. La convalescence est rapide. Les malades quittent souvent le service hospitalier quelques jours après la fin des injections huileuses ; ils ont en moyenne durant ce court laps de temps, gagné de 2 à 5 kgr. en neuf jours.

Le traitement des toxicomanies tel que le préconisent les auteurs, comporte :

Principalement une série d'injections d'émulsion de lipides (5 ampoules de 5 cc. *pro die*).

Accessoirement diverses médications adjuvantes destinées à assurer l'élimination des toxiques par le malade, la sédation du système nerveux, le maintien du tonus général de l'organisme, la régularité des diverses fonctions de l'économie.

En résumé, ce traitement dure en moyenne 5 jours, exceptionnellement 6 à 7 jours dans les cas particulièrement difficiles.

Voici le schéma de ce mode de traitement :

Entre 7 et 8 heures du matin, on donne au malade :

une pilule laxative,

gardénal 5 à 7 cgr.

première ampoule d'émulsion huileuse par voie intra-musculaire avec 15 unités d'insuline.

20 gr. de sucre *per os* ;

éphédrine 2 cgr. si malade vagotonique ;

génésérine XX, si sympathicotonique.

10 heures : huile camphrée spartéinée 2 cc.

11 heures : deuxième ampoule d'émulsion huileuse.

Puis, suivant le cas : éphédrine ou génésérine.

Avant le déjeuner si nécessaire : injection d'hypophyse-adréaline ;

15 heures : troisième ampoule d'émulsion huileuse accompagnée de 15 unités d'insuline ; sucre 20 gr.

17 heures : huile camphrée spartéinée 2 cc. ;

18 heures : quatrième ampoule d'émulsion huileuse avec soit éphédrine, soit gènesérine.

Avant le diner si nécessaire : hypophyse-adréraline

21 heures : cinquième ampoule d'émulsion huileuse, gardénal 10 à 15 cgr.

On répète ainsi la cure pendant trois ou cinq jours.

Après les trois ou cinq jours de cure, pendant la convalescence qui est rapide, on peut donner quelques hypnotiques à doses rapidement régressives, des préparations d'extrait hépatique, ou quelques stimulants généraux à base d'arsenic.

Les auteurs pensent que leur technique ne doit pas se limiter aux toxicomanies volontaires, mais qu'elle doit aussi trouver son application dans toutes les intoxications par poisons liposolubles.

Etant donné le nombre de cas de guérisons (plus de 350 toxicomanes traités à l'hôpital Henri Roussel seulement), la question de rechutes mise à part, il ressort nettement que le résultat obtenu donne un crédit suffisant à cette modalité technique dans la cure de désintoxication. Le traitement de fond par des émulsions lipidiques mis à part, ce procédé tient largement compte des symptômes les plus fréquents survenus au cours du sevrage, dans son traitement adjuvant minutieusement étudié, afin de réduire au minimum les souffrances inutiles et nuisibles à la réussite de la cure. Ce procédé est donc d'une inocuité parfaite.

MÉDICATION SYMPTOMATIQUE

La cure de désintoxication, quel que soit son procédé, peut donner lieu à des troubles de divers organe dont i faut tenir compte.

Médication hypnotique par des barbituriques : l'insomnie est souvent rebelle.

Troubles cardiaques et respiratoires par : huile camphrée, ouabaïne, digitaline, citrate de caféine, etc. Divers troubles du système nerveux végétatif : vagotonie par des alcaloïdes parasymphathicolytiques (atropine, scopolamine, etc.) ou par des excitants du sympathique (adrénaline, éphédrine, etc.); d'autres fois le système vagal a besoin d'être excité par la choline ou mieux par l'acétylcholine plus active ou encore gènesérine.

Pendant la désintoxication, une petite cure d'insuline a l'avantage d'exciter l'appétit et prévient la dénutrition.

Surveiller l'élimination et le transit intestinal par des diurétiques et laxatifs.

Evidemment on ne pourrait énumérer tous les troubles éventuels et tares organiques selon le sujet. Il faut donc instituer un traitement approprié à chaque cas.

PSYCHOTHÉRAPIE

La psychothérapie est importante dans le traitement des toxicomanies. Employée seule comme dans

le traitement des alcooliques par persuasion, selon les préceptes de Coué ; par la méthode psyanalytique ou par hypnose (Juliusberger a découvert que, chez certains alcooliques, leur vice constituait un dérivatif à leurs tendances sexuelles anormales), la psychothérapie est insuffisante. Dans l'opiomanie, il ne s'agit pas seulement d'une habitude à détruire, mais des troubles profonds à remédier.

La psychothérapie est donc à employer simultanément avec une médication désintoxicante ; elle est surtout importante à la période de réhabilitation, car, à ce moment, si physiquement le sujet est hors d'emprise du poison, mentalement son état est encore précaire. C'est vers ce côté là que doivent se diriger alors les soins. Il faut fournir au convalescent, toutes les occasions possibles de se distraire, dans la mesure que permet son état nerveux, par des jeux de cartes, lecture, musique, etc. autant de dérivatifs au souvenir de son vice. Petit à petit on tâche de rééduquer son état mental et de stimuler sa passion vers des plaisirs sains : séjour dans un site agréable, bonne chère, exercice au grand air, occupations convenant au penchant de chacun comme les beaux-arts, musique, sports, etc.

Il va sans dire que seule certaine classe favorisée peut profiter d'un pareil traitement. Quant aux autres, il faut envisager le problème d'une manière

plus pratique suivant le modèle de l'asile de transition à Meester-Cornelis où les opiomanes guéris sont occupés aux travaux domestiques ordinaires, de menuiserie, de tressage du rotin, travaux d'agriculture, de jardinage, etc, Ces œuvres instituées par l'Association de Batavia contre l'usage de l'opium et par des colons chinois ont donné des résultats satisfaisants. Dans le même sens, on a créé aux Etats-Unis des maisons spécialisées placées sous le contrôle de l'Etat pour la surveillance des toxicomanes : « Narcotic habit under Control ».

LUTTE CONTRE L'OPIOMANIE

Depuis le début du XVIII^e siècle, plusieurs édits ont été proclamés en Chine contre l'usage de l'opium, notamment en 1729 et en 1839. C'est à la suite de celui du 21 novembre 1906, interdisant la culture et l'usage de l'opium en Chine, que l'attention du monde a été attirée sur cette question. Le 1^{er} février 1909, avait lieu la première conférence internationale à Shanghai qui servait en quelque sorte de préambule aux conférences ultérieures, car au cours de cette conférence, de nombreuses propositions ont été votées, mais rien de définitif n'a été décidé.

Sur la proposition des Etats-Unis, une nouvelle conférence réunissant 13 pays à La Haye en décembre 1911, aboutit à la Convention signée le 23 janvier 1912, mais elle ne fut pas ratifiée complètement. C'est cette convention qui la première définit les différentes sortes de stupéfiants. Par elle, les parties contractantes s'engagent à prendre des mesures pour :

1^o contrôler la production de l'opium brut ainsi que son exportation et son importation ; 2^o supprimer progressivement la vente et l'usage de l'opium ;

3^o limiter et contrôler les fabrications, vente et emploi de la morphine, de la cocaïne et de leurs sels devant être réservés aux fins médicales et légitimes ; 4^o empêcher toute importation en Chine, des substances visées par la présente convention ; 5^o enfin les signataires examineront les lois rendant passible de peine toute détention illégale de stupéfiants. Cette convention entre en vigueur trois mois après la fin des ratifications.

Dès qu'on envisagea des sanctions, une profonde scission partagea les pays producteurs et consommateurs. Evidemment l'Angleterre et l'Allemagne (grande fabricante de morphine et de cocaïne) furent hostiles à toute décision radicale ; d'autre part, les intérêts de la Chine furent mal défendus à cause de la révolution de 1911. Le résultat de cette conférence fut la réalisation du plan anglais, grâce à l'appui de l'Allemagne, du Portugal, de la France, etc. Le commerce des stupéfiants fut donc réglementé sans trop gêner l'importation de l'opium hindou en Chine. Deux autres conférences se tinrent à La Haye, l'une en juillet 1913, l'autre en juin 1914, sans aboutir à des résultats importants. En 1914, deux ratifications furent obtenues, puis survint la guerre.

A la signature du traité de Versailles, une clause met en vigueur la convention de 1912 et l'article 23

en confie le mandat du contrôle à la Société des Nations.

En 1920, une commission consultative fut créée. Le secrétariat permanent de cette commission recueille tous renseignements sur les mesures prises dans chaque pays en vue de l'exécution de la convention et toutes indications sur le trafic de l'opium. Les premiers travaux de cette commission laissaient une impression plutôt pessimiste. Voici comment l'Angleterre entendait engager la lutte contre l'opium, ci-dessous le texte du rapport :

« Le gouvernement anglais a bien une perception très nette des dangers et des dommages causés par l'abus de l'opium et des opiacés. Dans la mère-patrie, au Canada, en Australie et en Afrique du Sud, il a manifesté sa volonté de lutter contre ces dangers et a montré qu'il était en mesure de le faire. Mais tout autre est son attitude vis-à-vis de l'opiomanie aux Indes et de l'exportation de l'opium anglo-hindou... L'Inde est contrée pauvre et ne peut songer à partager les raffinements éthiques des philanthropes anglais entourés de confort ».

PREMIÈRE CONFÉRENCE DE GENÈVE

Elle s'est réunie le 2 novembre 1924 et a abouti à un accord signé à Bangkok en 1931. Ses débats se sont

portés sur : 1^o le renforcement des mesures préconisées par la convention de La Haye de 1912; 2^o les mesures nouvelles visant la suppression progressive de l'usage de l'opium dans un délai maximum de 15 ans; 3^o l'interdiction de l'importation de l'opium brut et dont le contrôle est confié à une Commission; 4^o la dénonciation de tout Etat signataire n'observant pas ces mesures; 5^o les mesures spéciales vis-à-vis des fumeurs invétérés à l'expiration du délai de 15 ans.

Cette conférence s'est occupée uniquement de la question de l'opium et de sa monopolisation dont la politique suivie par les gouvernements présenterait les caractères suivants : *a*) toutes importations de l'opium pour des fins non médicales doivent être réservées exclusivement aux gouvernements par l'intermédiaire desquels doivent se faire toutes préparations et distributions; *b*) augmentation du prix de vente de l'opium en en faisant un article de luxe; *c*) l'opium ne peut être délivré que par autorisation et consommé par des fumeurs immatriculés ou titulaires de licence (Ce régime existe en Birmanie, Siam, établissement du détroit, Malaisie britannique, Bornéo et Formose); *d*) possibilité de ne fumer l'opium que dans les établissements munis de licence ou gérés par le gouvernement; *e*) recueil du dross; *f*) protection du monopole et répression du trafic illicite. Le résultat de cette conférence ne fut guère plus brillant que ceux

des précédentes, sinon vers la légalisation de la vente de l'opium.

DEUXIÈME CONFÉRENCE DE GENÈVE

Elle a eu lieu le 17 novembre 1924 et dont l'accord est signé le 11 février 1925. Cet accord est encore en vigueur aujourd'hui : chapitre 1^{er}, définition des stupéfiants : opium et ses dérivés ; feuilles de coca, cocaïne ; chanvre indien. Chapitre II, mesures sur des drogues manufacturées. Chapitre IV, réglementation de l'exportation et contrôle de la distribution du chanvre indien et de ses dérivés ; Chapitre V, contrôle du commerce international des stupéfiants par le système des certificats d'importation. Chapitre VI, création d'un « Comité central permanent » composé de 8 membres nommés par le Conseil de la Société des Nations ; ce comité a la charge de réunir les statistiques sur les besoins des pays respectifs et sur la production des principaux Etats ; de surveiller le marché international des stupéfiants et de contrôler l'observation de la convention. Chapitre VII, dispositions générales de la dénonciation, des litiges, de la ratification, etc.

Au cours de cette deuxième conférence, l'Angleterre et la Perse ont repoussé les propositions des Etats-Unis sur l'interdiction de la culture du pavot et la

limitation de la fabrication des stupéfiants ; à la suite de ces faits la délégation des Etats-Unis a quitté la Conférence.

Convention de 1931 sur la limitation de la fabrication.

Le plan des quote-parts sur la limitation a échoué à la conférence préliminaire de Londres du 11 novembre 1930, ce plan ne tenant compte que des pays producteurs et des pays fabricants. C'est le plan américain d'approvisionnement qui a servi de base à cette conférence du 27 mai au 13 juillet 1931. Cette convention signée par 44 Etats n'entrera en vigueur que 3 mois après sa ratification par 25 d'entre eux. Les Etats-Unis ont donné les premiers leur ratification. Les autres pays ont fait dépendre leur ratification de celle des autres gouvernements. Ce retard est bien compréhensible, si l'on se reporte aux bénéfices réalisés par ces gouvernements : 2 milliards 500 millions de francs-or, en dix ans (anti-opium bureau).

D'après le rapport de la commission d'enquête sur le « Contrôle de l'opium à fumer en E.O. », les recettes du monopole de l'opium en 1928 sont les suivantes :

Possessions anglaises	35.000.000 de dollars ;
Indes néerlandaises	42.000.000 de florins ;
Indochine	166.000.000 de piastres.

Voici en résumé cette convention de 1931 :

Chapitre premier. — L'extension de la liste des drogues comprend tous les dérivés connus et possibles de l'opium et de la feuille de coca. Tout nouveau produit pouvant tomber sous le coup de la convention doit être l'objet d'une autorisation de fabrication de la part des gouvernements nationaux ; ces derniers doivent consulter le comité central permanent.

Chapitre II. — Chaque pays est tenu de renseigner le comité central permanent sur ses besoins médicaux et scientifiques. La commission de contrôle est composée de membres du comité central permanent et du comité d'hygiène. C'est sur ces bases que sera établi le chiffre du besoin mondial.

Chapitre III. — La production de chaque pays ne doit pas dépasser les besoins intérieurs et les commandes extérieures. L'article 4 interdit l'exportation de la diacétyl-morphine, sauf si elle est destinée aux gouvernements. Toute commande supérieure à 5 kgr. devra être communiquée à Genève.

Chapitre IV. — Ce chapitre traite des drogues du groupe II : la codéine et l'éthylmorphine sont soumises aux dispositions de la convention.

Chapitre V. — Ce chapitre a trait à l'administration et à l'organisation de la lutte contre la toxicomanie. Les fabricants sont tenus de fournir des évaluations en quantités fabriquées et en stock.

Chapitre VI. — Dispositions sur l'organisation d'un code modèle et indications sur des procédés à employer dans la lutte contre le trafic illicite.

C'est en 1934, que pour la première fois dans l'histoire, les opérations du commerce légitime des stupéfiants dans le monde (fabrication, exportation, importation, consommation, maintien des stocks) se sont effectuées sur la base d'un plan mondial établi à l'avance par l'organe de contrôle institué par la Convention de 1931. Ces premiers travaux ont montré que la convention de limitation s'avère dans la pratique un instrument utile.

La convention de limitation compte actuellement 48 ratifications.

La Convention de Genève de 1925 en compte 51.

La Convention de La Haye compte toujours 58 ratifications ou adhésions.

L'accord de Genève de 1925, ratifié par sept Etats, n'a subi aucun changement. L'accord relatif à la suppression de fumer l'opium, fut signé à Bangkok le 27 novembre 1931 ; cet instrument n'entrera en vigueur que lorsque l'Inde et le Japon l'auront ratifié également.

Voilà à grands traits les différentes étapes de l'œuvre internationale dans la lutte contre les stupéfiants. Malheureusement, le résultat n'a pas répondu aux espérances malgré les conventions. On a constaté, au

contraire, que le trafic illicite et la fabrication clandestine ont augmenté sans cesse. Cependant régulièrement la Société des Nations poursuit son entreprise.

L'œuvre de la Société des Nations est belle et noble. Tout en reconnaissant son soutien moral, sa compétence technique, ses directives à suivre en vue d'une certaine amélioration dans cette question de prophylaxie sociale, il ne faut pourtant pas se faire des illusions sur son efficacité réelle. La Société des Nations constitue donc un centre de documentation, de statistique, d'études et d'échanges de vues internationales. Elle éclaire l'opinion publique qui est là pour juger les faits.

Tout pays conscient des dangers de la toxicomanie doit prendre des mesures nationales en conséquence. Mais c'est une pure utopie que de demander aux pays producteurs de se désintéresser purement et simplement d'une telle source de revenus en invoquant seulement le sentiment humanitaire.

En ce qui concerne la situation en Chine, malgré des mesures draconiennes prises contre les stupéfiants on a constaté dans les rapports de 1934, que les centres de fabrication clandestine se trouvent à Se-Tchouen, Shanghai et Peping avec centres secondaires à Moukden et à Kharbine, aussi à Daïren et le territoire à bail du Kouang-Toung. D'autre part, seules les quantités d'anhydride acétique importées chaque année

à Shanghai, suffiraient pour la fabrication de 18 tonnes d'héroïne soit 12 fois les besoins mondiaux. Pourtant les nouveaux règlements décrétés par le gouvernement chinois sont particulièrement rigoureux ; la fabrication, le transport et la vente illicites des drogues manufacturées pouvant être même punis de mort. Cette situation paradoxale peut s'expliquer par l'existence en Chine des concessions, settlements et territoires à bail qui échappent à la juridiction chinoise, ce qui favorise grandement les fabricants et négociants clandestins qui ne manquent pas d'exploiter ce bizarre état de privilège : il suffit de sortir d'une concession et de pénétrer dans une autre pour se trouver en présence d'une juridiction totalement différente. Si cette « exterritorialité » est née du chaos et du manque de défense nationale au cours du siècle dernier, dans un avenir plus ou moins prochain, le retour à l'état normal des choses devra avoir lieu fatalement.

En attendant, il est d'une importance immédiate et urgente d'y apporter remède par l'extension de la juridiction chinoise sur ces concessions, settlements et territoires à bail en matière de stupéfiants.

CONCLUSIONS

Le traitement de l'opiomanie doit viser simultanément et les troubles organiques et l'élément psychique.

Actuellement, du moins en France, le procédé de désintoxication le plus utilisé semble être l'emploi des émulsions de lipides végétaux par la méthode de Delaville et Dupouy qui paraît donner de bons résultats.

Pour parachever la guérison et prévenir des rechutes, il est indispensable de faire suivre la cure de désintoxication d'une période de réhabilitation, dans une maison de santé spécialisée ou asile de transition où la psychothérapie revêt toute son importance.

Pour frapper le mal à l'origine, il faut interdire la culture du pavot, limiter la fabrication des stupéfiants aux seules fins médicales : c'est la tâche de la Société des Nations. Il faut avoir confiance en elle, car son autorité et son efficacité en dépendent.

C'est en dernière ressource vers les mesures nationales qu'il faut tendre ses efforts par :

Le renforcement de l'organisation policière contre la fabrication et la vente illicite des stupéfiants ;

La vigilance douanière (terre, mer, air) ;

Sévérité du Code pénal contre toutes infractions à ces mesures, etc. Pour les pays où l'opiomanie présente une certaine importance, il y a lieu de faire la propagande contre l'usage de l'opium pour le relèvement de la race, d'encourager la culture physique par formation des sociétés sportives, de créer des maisons de désintoxication et des asiles de transition.

Vu :
le Doyen,
ROUSSY.

Vu :
Le Président de la thèse :
TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

BRUNOT (H.). — « *Contribution à la lutte contre les stupéfiants*, thèse de Paris, 1933.

DUPOUY (R.). — « Le traitement des toxicomanes » (*Hygiène sociale*, 25 juin 1934).

FRAINICK. — « Principe d'une nouvelle thérapeutique des toxicomanies » (*Monde médical*, 1, 15 novembre 1935).

JULIUSBERGER. — *Zentralbl. f. Psychoanl.*, 1913-3-1.

KLEE ET GROSSMANN. — 35^e Congrès de Méd. allem., Vienne 1923.

LEWIN (L.). — *Paradis artificiels*, trad. fr., Paris, 1928.

POHLISCH KURT. — *L'extension de l'abus chronique, de l'opium et de ses dérivés en Allemagne*, 1931.

SAKEL. — « Insulinothérapie » (*Monde médical*, 1-15 mars 1936).

WUTH. — *Munch. med. Woch.*, 1923, p. 1266 ; 1924, p. 893 ; 1925, p. 722.

ZINDER (J.). — *Question de l'opium*, 1929.

Documents de la S.D.N.

Convention internationale de l'opium, signée à La Haye le 23 janvier 1912.

Première conférence de l'opium à Genève (3 novembre 1924; 11 février 1925).

Deuxième Conférence de l'opium à Genève (Convention signée le 19 février 1925).

La Convention internationale de l'opium (octobre 1923, Bâle).

Enquête sur la toxicomanie :

Doc. O.C., 1408 et C.H., 1018 ;

O.C., 1124 (traitement au Japon)

O.C., 1188 (méthode de Modinos).

Publications de l'*Anti-Opium bureau* Genève.

Rapport de la Commission d'enquête sur le contrôle de l'opium à fumer en Extrême-Orient (C. 635, M. 254, 1930, XI).

L'Œuvre sociale et humanitaire de la S.D.N., 1934.

MARTIN (G.). -- *La psychologie du fumeur d'opium, Grandes endémies tropicales*, 1933, p. 53, Vigot, édit., Paris.



